

ET «MUST» MED MAST?

Kartlegging av skadelig bruk av alkohol hos eldre

Ida Rogstad



Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

10.06.2015



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Ida Rogstad	Dato: 10.06.2015
Tittel og undertittel: Et «must» med mast? Kartlegging av skadelig bruk av alkohol hos eldre.	
Sammendrag: Bakgrunn: Skadelig bruk av alkohol hos eldre er et økende problem. Dette kan føre med seg et bredt spekter av fysiske, psykisk og sosiale problemer. Utvikling av kartleggingsskjemaer for å identifisere skadelig bruk av alkohol hos eldre er derfor nødvendig for å kunne hjelpe denne gruppen på en faglig og forsvarlig måte. Kortversjonen av Michigan Alcoholism Screening Test- Geriatric version (mast-G) er utviklet i USA spesielt med tanke på eldre mennesker. I Norge finnes ikke tilsvarende skjema for denne aldersgruppen. Hensikt: Undersøke om kortversjonen av mast-G oppfyller de nordiske kravene til kartleggingsskjemaer, og om det vil være hensiktsmessig å validere mast-G i Norge. Metode: Systematiske litteratur søk i ulike medisinske databaser i april og mai 2015. Fem artikler er inkludert i studien. Resultat: Kortversjonen av mast-G oppfyller face validiteten, innholds validiteten. Diskriminerende validitet, prediktiv validitet og reliabiliteten er ikke identifisert på grunn av manglende studier. Sensitivitet og spesifisitet viser en verdi på henholdsvis 54.0 % til 93.9 % og 65.0 % til 90.0 %, med en cut-off på fem eller mer. Evne til å vise endringer over tid krever at skjemaet prøves ut i praksis på ulike måletidspunkt, noe de inkluderte studiene ikke kan dokumentere. Skjemaet er akseptabelt for pasienten, og det er i tillegg lett å administrere. Konklusjon: Kortversjonen av mast-g oppfyller ikke alle nordiske krav til kartleggingsskjemaer. Det bør vurderes å utvikle et nytt skjema til kartlegging av skadelig bruk av alkohol hos eldre, fremfor å validere mast-G i Norge.	
Nøkkelord: Mast-g, michigan alcoholism screening test, kortversjonen av michigan alcoholism test- geriatrik versjon og geriatrik.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Ida Rogstad	Date: 10.06. 2015
Title and subtitle: A "must" with mast? Screening of harmful use of alcohol among the elderly.	
<u>Abstract</u> Background: Harmful use of alcohol in the elderly is a growing problem. This can lead to a wide range of physical, mental and social problems. Development of survey forms for identifying harmful use of alcohol amongst the elderly is necessary to help this group in a professional and responsible manner. The short version of the Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric version (mast-G) has been developed in the US specifically for older people. There is no equivalent form in Norway for this age group. Purpose: Investigate whether short version of mast-G meets the requirements of Nordic screening forms, and whether it would be appropriate to validate mast-G in Norway. Method: Systematic search for literature in various medical databases in April and May 2015. Five articles has been included in this studie. Results: The short version of mast-G meets face validity, content validity. Discriminatory validity, predictive validity and reliability are not identified due to lack of studies. Sensitivity and specificity shows a value of respectively 54.0% to 93.9% and 65.0% to 90.0%, with a cutoff of five or more. Ability to view changes over time requires that the form would be tested in practice on different measurement date, which the included studies not can document. The form is acceptable to the patient, and it's also easy to use. Conclusion: Short version of mast-G does not fulfill all Nordic requirements for screening instruments. Therefore it should be developed a new form of identification of harmful use of alcohol in the elderly, rather than validate mast-G in Norway.	
Key words: mast,g, michigan alcoholism screening test, short michigan alcoholism test- geriatric version og geriatric	

Innledning

Andelen eldre over 67 år er en stor gruppe i samfunnet, og som vil øke i årene fremover på grunn av lavere fødselstall, en bedret helsetilstand og fordi store fødselskull fra etterkrigstiden nå nærmer seg pensjonsalder. Beregninger fra statistisk sentralbyrå viser at andelen vil øke fra dagens 13 prosent til 17 prosent i 2030 (1).

Tall fra de store helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag gjennomført i 1984-86, 1995-97 og 2006-08 viser at alkoholforbruket i befolkningen øker, også i den eldste aldersgruppen.

Andelen eldre som regner seg som avholdende er markant redusert, andelen som drikker mye og ofte øker. Den største relative økningen i alkoholforbruket har skjedd i aldersgruppen over 60 år (2).

At de eldre stadig blir flere og samtidig drikker mer alkohol, vil trolig føre til flere eldre med alkoholproblemer. Derfor anbefaler Hunt-undersøkelsen utvikling av screeninginstrumenter tilpasset eldre (2).

Mangel på egnede og hensiktsmessige screening instrumenter for å avdekke skadelig bruk av alkohol hos eldre kan være en av årsakene til underrapportering og underdiagnostisering i denne gruppen (3). I tillegg er det dokumentert at screeninginstrumentene som er utviklet til bruk blant yngre ikke er egnet til bruk hos eldre (4).

Denne artikkelen vil derfor gjøre rede for egenskapene til kortversjonen av Michigan alcoholism screening test- geriatric version (Short mast-G), og på grunnlag av dette drøftes det om skjemaet kan anbefales til bruk i praksis. Kortversjonen av mast-G er i denne oppgaven oversatt til norsk etter retningslinjer fra Verdens helseorganisasjon (tabell 1, vedlegg 1,2,3). Denne prosessen blir ikke diskutert.

Bakgrunn

Michigan Alcoholism Screening Test (Mast) ble utviklet ved Universitetet i Michigan i 1971. Mast ble i utgangspunktet utviklet og tilrettelagt for unge voksne (5). I årene som fulgte, ble dette instrumentet justert og tilpasset eldre mennesker, og i 1992 ble Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatrik versjon (MAST- G) publisert, med mål om å oppdage alkoholmisbruk og avhengighet hos eldre mennesker (5). Det var enighet om at dette verktøyet identifiserte alkohol bruk, misbruk og sannsynligvis avhengighet hos eldre. Mast-G ble således et viktig verktøy hos helsepersonell, fordi man kunne oppnå et bredere perspektiv av det psykososiale livet til den eldre. Og dette kunne bidra til bedre kvalitet på pleien, samt

større innsikt for rådgivning, behandling og rehabilitering (5). Mast-G ble utviklet i to faser. Først en pilot undersøkelse, etterfulgt av validering. Utviklingen av instrumentet startet med totalt 94 spørsmål. Pilot undersøkelsen testet kvaliteten på spørsmålene og forståelsen av disse. 125 mennesker i alderen 55 år eller eldre fra ulike miljøer og institusjoner deltok. Skjemaet ble deretter sendt til 840 personer på 55 år eller eldre. Evaluering av resultatene resulterte i 32 spørsmål (5). I valideringsfasen deltok en gruppe på 280 personer over 66 år. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III) ble brukt som gullstandard i valideringen, og resultatet ble 24 spørsmål (5).

I 1998 ble Mast-G igjen videreutviklet i form av en kortere versjon (Short Mast-G). Denne versjonen skulle være nyttig i travle avdelinger. Kortformen inneholder 10 av 24 spørsmål fra mast-G. Et ja- svar gir 1 poeng. 2 poeng eller mer indikerer på et skadelig bruk av alkohol (5).

Kartlegging av skadelig bruk av alkohol

Kartleggingsverktøy er en viktig bærebjelke i dagens forebyggende helsearbeid (6). Kartlegging av skadelig bruk av alkohol kan bidra til forebygging og behandling av en rekke helseproblemer før de blir for alvorlige. Kartlegging er ikke det samme som diagnostisk testing, som etablerer en sikker diagnose av en sykdom. I stedet brukes kartlegging til å identifisere personer som har økt risiko for sykdom eller lidelse, som bestemmes av svar på enkelte spørsmål. Personer med positive resultater henvises videre om ønskelig til en mer detaljert diagnostisk testing (6).

Hva er skadelig bruk av alkohol?

ICD-10 er det offisielle systemet som brukes i det norske helsevesenet, og definerer skadelig bruk av alkohol på følgende måte:

“Bruk av psykoaktive stoffer i et mønster som gir helseskade. Skaden kan være somatisk (som i tilfeller av hepatitt som følge av egenadministrerte injeksjoner av psykoaktive stoffer), eller psykisk (f. eks. episoder med depressiv lidelse etter betydelig alkoholkonsum) (skal ikke brukes hvis kriterier for avhengighetssyndrom er til stede)” (7).

Alkoholrelaterte helseskader

Skadelig bruk av alkohol hos eldre mennesker kan føre til en rekke fysiske, psykiske og sosiale problemer (tabell 2) (8). Dette kan innebære økt risiko for koronar hjertesykdom, høyt blodtrykk og slag (8). Alkohol øker risikoen for fall og ulykker. Alkohol har blitt identifisert som en av de tre viktigste årsakene til fall, som er en vesentlig årsak til dødelighet og dårlig

helse hos eldre mennesker. I 2008 var det 4403 kvinner over 75 år som fikk sitt første hoftebrudd, og av disse var 26 % døde innen ett år etter bruddet (9).

Forskning har også vist en sterk sammenheng mellom depresjon og alkohol (10). Grant og Harford fant i en studie at 13 % av de over 65 år med alvorlig depresjon også oppfylte kriteriene for skadelig bruk av alkohol (10). Studier viser også en sammenheng mellom søvnforstyrrelser og bruk av alkohol (11). I tillegg vet vi at eldre mennesker er den største forbruksgruppen av beroligende medikamenter, sovemedikamenter og ulike typer smertestillende. En kombinasjon av dette kan gi forsterkning av legemiddelbivirkning, redusert eller økt legemiddeleffekt eller økt effekt av alkohol (12). Babor et al har foreslått at følgende symptomer kan være indikatorer for skadelig bruk av alkohol: økende toleranse for alkohol, hopper over måltid eller spiser lite når man drikker, bekymringer fra andre om alkoholforbruket, kognitiv svekkelse, hyppig bruk av alkohol for å redusere stress, angst og depresjon og mislykkede forsøk på å redusere drikkingen (13).

Krav til kartleggingsskjemaer

1) Validiteten eller gyldigheten til et skjema viser om man får målt den man skal (14).

Validitet kan deles inn i flere undergrupper.

a. Face validitet vil si noe om skjemaet rent intuitivt virker fornuftig (14).

b. Innholds validitet går på relevansen av de spørsmålene skjemaet består av, og om de er dekkende for det fenomenet som undersøkes (14).

c. Diskriminerende validitet sier noe om skjemaet egner seg til å skille mellom grupper av pasienter som per definisjon er forskjellige (14).

d. Prediktiv validitet vil si noe om man ved hjelp av skjemaet kan forutsi hendelser og forhold i fremtiden (14).

2) Reliabilitet uttrykker hvor nøyaktig skjemaet er. I praksis er det viktig at det måler det samme hver gang, uansett hvem som bruker det (14).

3) Sensitivitet og spesifisitet er tekniske egenskaper ved en test som angir testens evne til å identifisere faktiske friske og syke i en gruppe. Med sensitivitet forstås testens evne til å identifisere faktiske syke individer (optimalt så nær 100 % som mulig), og med spesifisitet forstås testens evne til å ekskludere faktiske friske individer (optimalt så nær 100 % som mulig) (14). I denne forbindelse brukes en cut-off verdi, som er grensen for hva som er

skadelig bruk av alkohol. Et lavere cut-off vil øke sensitiviteten og redusere spesifisiteten (14).

4) Et skjema skal kunne vise endringer over tid. Endringene kan innebære evaluering av behandling, rehabilitering, bedret eller forverret helsetilstand (14).

5) Akseptabelt for pasienten. Det er viktig at et kartleggingsskjema er akseptabelt for pasienten. Dette gjelder særlig for kartlegging av alkoholbruk, da spørsmål om alkoholvaner kan oppleves som sensitive og sårbare. Det er derfor en stor utfordring å informere og gjennomføre kartleggingen på en måte som slik at pasienten ikke føler seg provosert eller nedverdiget (14).

6) Lett å administrere. Et kartleggingsskjema skal være lett for personalet å administrere. Skjemaet skal være oversiktlig og lett å lære, og det skal tas hensyn til at mange forskjellige faggrupper skal kunne bruke og forstå det (14).

Hensikten med studien

Skadelig bruk av alkohol kan forårsake ulike helseproblemer hos eldre mennesker, og uten å kunne identifisere og avdekke skadelig bruk av alkohol, vil det også være vanskelig å møte denne gruppens behov på en faglig forsvarlig måte, og for å kunne vurdere om pasienten trenger hjelp i spesialisthelsetjenesten eller kan ha nytte av tiltak i kommunehelsetjenesten (15).

På grunnlag av mangel på screeningverktøy til bruk hos eldre og anbefalinger fra Hunt undersøkelsene om utvikling av screeningverktøy hos denne gruppen, vil hensikten med denne oppgaven være å undersøke om egenskapene ved kortversjonen av Mast-G oppfyller de nordiske kravene til kartleggingsskjemaer, og om det vil være hensiktsmessig å validere skjemaet i Norge.

Forskningsspørsmålet som besvares er.

Oppfyller kortversjonen av Mast-G de nordiske kravene til kartleggingsskjemaer?

Metode

Mitt forskningsspørsmål er av en slik art at et litteraturstudie er den beste fremgangsmåten for å få dybdekunnskap om emnet jeg ønsker å beskrive. Egenskapene til kortversjonen av Mast-G bygger på de nordiske kravene til vurderingsskjemaer som er utarbeidet i Danmark av nordiske professorer i geriatri. Metoden er både av kvantitativ og kvalitativ innholdsanalyse.

Søkestrategi

Det har blitt utført søk som omhandler mast-G og kortversjonen av mast-G. Søkene er utført i Embase, Ovid Medline og Cinahl i april og mai 2015. Bibliotekarere både fra Universitetsbiblioteket i Oslo og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) bidratt til å kvalitetssikre mine søk, samt gitt råd og trygghet om at søkene er utført korrekt og hensiktsmessig. Følgende søkeord er brukt: mast,g, michigan alcoholism screening test.mp, short michigan alcoholism test- geriatric version og geriatric.mp.

Inklusjonskriterier

Alle studier som omhandler mast-G og kortversjonen av mast-G inkluderes. Både menn og kvinner er inkludert, samt studier fra både primær og sekundær helsetjenesten.

Eksklusjonskriterier

Studier som omhandler demens sykdom, psykiske sykdommer eller andre helserelaterte skader samt andre rusmidler enn alkohol ble ekskludert på grunnlag av at disse sykdommene eller rusmidlene trolig vil kreve en bredere kartlegging enn alkoholisme alene. Jeg har valgt å ekskludere studier fra Asia (Japan og Korea) på grunn av kulturforskjeller. Artikler ekskluderes hvis ikke kvalitetskriterier oppfylles.

Resultat av artikkelsøk

Søkene i databasene resulterte i 61 treff for potensielt relevante artikler som ble screenet ved tittel og/eller sammendrag. 51 artikler var dubletter eller ikke –relevante og ble ekskludert. 10 artikler ble vurdert i fulltekst, og 5 artikler ble ekskludert med begrunnelse (figur 2). Fem artikler er inkludert i litteraturgjennomgangen.

Kritisk vurdering og kvalitetskriterier

To overordnede spørsmål har jeg stilt i alle inkluderte artikler:

- Har artikkelen en klart formulert problemstilling?
- Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?

Er svaret «nei» på ett av disse, har jeg valgt å ekskludere artikkelen.

Deretter har jeg fokusert på følgende spørsmålene:

- Kan jeg stole på resultatene?
- Hva er resultatene?

- Kan resultatene brukes i min praksis? (17)

Etiske overveielser

Etiske spørsmål og problemstillinger er viktige i alle trinn av et forskningsprosjekt. Det kan for eksempel være uetisk å starte en forskningsstudie som ikke har tilfredsstillende styrke til å kunne svare på studiens spørsmål (18). I tolkning og diskusjon gjøres alle data tilgjengelige for vurdering, også uønskede eller utilsiktete virkninger. For at forskningen skal være faglig god, har jeg brukt artikler med god kvalitet. Det er uetisk å bruke ressurser i studier som ikke holder forsvarlig kvalitet (18).

Resultat

1 a) Face validitet:

Kortversjonen av mast-G består av 10 ja eller nei spørsmål. Intuitivt fremstår skjemaet fornuftig. Skjemaet er oversiktlig, med korte spørsmål uten fremmedord.

1 b) Innholds validitet:

Spørsmålene i kortversjonen av mast-G består av, kan identifisere 9 av 10 ulike symptomer på skadelig bruk av alkohol hos eldre (tabell 3).

1 c) Diskriminerende validitet:

Artiklene som ble inkludert i gjennomgangen hadde ikke opplysninger om instrumentets diskriminerende validitet.

1 d) Prediktiv validitet:

Inkluderte studier hadde ikke opplysninger om kortversjonen av mast-G kan ikke forutsi hendelser og forhold i fremtiden.

2) Reliabilitet:

Jeg har ikke funnet at inkluderte studier har undersøkt reliabiliteten til kortversjonen av mast-G.

3) Sensitivitet og spesifisitet:

Sensitivitet og spesifisitet til kortversjonen av mast-G og original versjonen av mast-G er oppsummert i tabell 4. Med en cut-off verdi på 5 eller høyere viser kartleggingsskjemaet en sensitivitet mellom 52.0 % og 93.0 %, og en spesifisitet mellom 65.0 % og 96.0 %.

Sensitiviteten og spesifisiteten viser forskjellige nivåer i forhold til pasienter på sykehus og pasienter utenfor sykehus. Forskjeller kan også observeres i forhold til engelske og amerikanske pasienter. I tillegg til at verdien på sensitivitet og spesifisitet varierer i studier som omhandler originalversjonen av mast-G og kortversjonen av mast-G.

4) Evne til å vise endringer over tid

På grunn av fravær av tidsaspekt kan det være vanskelig å vise endringer over tid med kortversjonen av mast-G. I tillegg må man for å kunne svare på dette prøve ut skjemaet i praksis på ulike tidspunkt. Ingen inkluderte artikler kan vise til dette.

5) Akseptabelt for pasienten

Skjemaet består av spørsmål som ikke direkte er knyttet til alkoholmengde eller hyppighet og kan således bidra til å virke mindre provoserende, enn om man blir stilt direkte spørsmål om alkoholmengde eller hyppighet. Skjemaet fremstår som akseptabelt for pasienten.

6) Lett å administrere

Kortversjonen av mast-G er lett å administrere. Skjemaet er brukervennlig, og lett å forstå for alle faggrupper. Ja eller nei svar bidrar til enkel skårberegning. Skjemaet kan brukes som intervju eller pasienten kan selv fylle ut skjemaet.

Diskusjon

I denne studien oppfyller ikke kortversjonen av mast-G diskriminerende validitet, prediktiv validitet, reliabilitet og evne til å vise endringer over tid som er en del av de nordiske krav til kartleggingsskjemaer. Det vil derfor ikke være hensiktsmessig å validere skjemaet i praksis. Denne studien viser at en videreutvikling av kortversjonen av mast-G kunne være hensiktsmessig.

Jeg velger å diskutere egenskapene fortløpende slik de fremstilles i resultatdelen, for at dette blir mest mulig oversiktlig.

Face-validiteten fremstår som umiddelbart fornuftig, med sine 10 ja/nei spørsmål.

Spørsmålene er enkle å forstå, og man får fort en oversikt over skjemaet. På en annen side kan ti spørsmål være relativt mange i en travel hverdag, og kan dermed være en ulempe. Færre spørsmål i et kartleggingsskjema vil trolig gjøre det enklere å innføre skjemaet i praktiske prosedyrer.

Innhold validiteten i mast-g viser gode resultater. Kortversjonen av mast-G kan identifisere 9 av 10 symptomer på skadelig bruk av alkohol. Dette er ikke overraskende, da skjemaet i utgangspunktet er utviklet for eldre. På en annen side utelater skjemaet spørsmål om mengde og hyppighet. Det vil være nyttig at kartleggingsskjemaer av skadelig bruk av alkohol også hos eldre omfatter spørsmål om mengde og hyppighet, for å få en pekepinn på hvilken mengde som er konsumert. Dette gjør det lettere å fastslå omfanget og alvorlighetsgraden av problemene (19). Men det er i denne sammenheng viktig å ta i betraktning at terskelverdiene for skadelig bruk av alkohol hos eldre bør være lavere enn hos den generelle befolkning. Blant annet på grunn av at grensen for hvilket inntak som skal til for å gi skade blir lavere med alderen. Dette skyldes både farmakokinetiske endringer (langsommere eliminasjon av alkohol), farmakodynamiske endringer (sterkere effekt av alkohol) og effekt av andre sykdommer (svakkede homeostatiske reserver) (20).

I de tre neste punktene *diskriminerende validitet*, *prediktiv validitet* og *reliabilitet* finnes det ikke studier som kan dokumentere dette.

Sensitivitet og spesifisitet:

Luttrell fant ut at mast-G identifiserer i liten grad eldre med skadelig bruk av alkohol blant pasienter på sykehus i England (21). Morton identifiserte en høyere sensitivitet og noe lavere spesifisitet (22). Dette kan gjenspeile kulturelle forskjeller mellom britiske og amerikanske pasienter. Joseph og Kano brukte mast-G utenfor sykehus og rapporterte en større sensitivitet og spesifisitet, på henholdsvis 93% og 91.4% og 65% og 83.9% (23,5). Med en cut-off verdi på fem eller høyere, hadde mast-G en sensitivitet på 70% hos pasienter innlagt på sykehus og en sensitivitet på 93% i sykehjem (med en spesifisitet på 81% og 65% henholdsvis). Ved å redusere cut-off verdien til tre, nådde sensitiviteten akseptable verdier på 86% og 98%, mens spesifisiteten falt til 61% og 50%. Moore har den ene studien som omhandler kortversjonen av mast-G, og kan rapportere en lav sensitivitet (52%) og en akseptabel spesifisitet (96%) (24). Studien er utført i USA på kvinner og menn i tre ulike grupper utenfor sykehus. Dette viser at det er nødvendig med flere studier som omhandler kortversjonen av mast-G. Arbeidsgruppa bak publikasjonen «Geriatrisk udredning i Norden» skriver at sensitiviteten er spesielt viktig når man leter etter en spesiell tilstand som kan behandles (slik som skadelig bruk av alkohol), og spesifisiteten er viktig når behandlingen av en tilstand kan ha alvorlige konsekvenser (15). Det vil med andre ord si at når det gjelder å identifisere skadelig bruk av alkohol hos eldre, vil det være sensitiviteten som er viktigst.

Evne til å vise endringer over tid:

Skjemaet opererer i fortid, noe som betyr at det er mindre sannsynlig å oppdage problemer med alkohol i tidlig fase. Skjemaet må testes ut på flere tidspunkt.

Akseptabelt for pasienten:

Eldre pasienter synes ofte det er ubehagelig å snakke om alkoholforbruk. Dette gjelder spesielt kvinner (25). Alkoholbruk er fortsatt forbundet med skyld og skam. På grunn av dette kan man drøfte om spørsmålene bør inkluderes i en førstegangssamtale. Det vil også i denne sammenheng være viktig å ta individuelle hensyn, og ikke la skjemaet overskygge individuelle faktorer som livsstil, mestringsevne og personlighet (15).

Lett å administrere:

Kortversjonen av mast-G er lett å administrere. Skjemaet inneholder ingen fremmedord, og kan i utgangspunktet brukes av alle faggrupper. Til tross for dette bør personen som utfører kartleggingen ha kompetanse i forhold til både verbal og nonverbal kommunikasjon. Det er også viktig at pasienten føler tillit til helsepersonalet. Detaljert utspørring kan vekke uvilje og motstand hos pasienten (26).

Styrker og svakheter med studien

En svakhet ved denne studien er at seleksjonsprosessen i litteraturgjennomgangen er utført av artikkelens forfatter alene. En annen svakhet er at det er kun en studie som omhandler kortversjonen av mast-G alene. Styrker ved denne studien er at valg av databaser, søkeord og kombinasjoner er kvalitetssikret av bibliotekarer ved Rikshospitalets medisinske bibliotek og SIRUS, i tillegg til at studien bygger på kravene til kartleggingsverktøy utarbeidet av nordiske professorer i geriatri.

Konklusjon

På grunn av trolig flere eldre med alkoholproblemer i årene fremover, og den biologiske aldringen som gjør at terskelverdien for alkoholskade blir lavere med årene, vil det være nyttig med kartleggingsskjemaer utviklet spesielt til denne gruppen. Kortversjonen av mast-G oppfyller ikke alle de nordiske kravene til kartleggingsverktøy, og på grunn av dette vil det være mer hensiktsmessig å utvikle et nytt skjema basert på kortversjonen av mast-G, fremfor å validere mast-G i Norge.

Referanser

1. **Statistisk sentralbyrå.** – Eldre i Norge, Oslo. 1999. Tilgjengelig (www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf). (Nedlastet 23.04.2015)
2. **Morten Støver, Grete Bratberg, Trond Nordfjæran og Steinar Krokstad.** Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – rapport: HUNT forskningssenter, NTNU 2012.
3. **Loukissa, D.** Under diagnosis of alcohol misuse in the older adult population. Br J Nurs 2007;16:1254-58.
4. **Beullens, J og Aertgeerts, B.** Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. Aging and Mental Health 2004;8:76-82.
5. **Kano, M.Y. Dos Santos, M.A. og Pillon, S.C.** Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G). Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp 2014; 8:649-656.
6. **National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism (NIAAA).** Tilgjengelig: Alcohol Alert: Screening for Alcohol Use and Alcohol-Related Problems. No. 65: 2005. (Nedlastet 17.03.2015)
7. **Helsedirektoratet - ICD-10** Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon – 2015. Tilgjengelig: <https://finnkode.helsedirektoratet.no> (Nedlastet 22.03.2015).
8. **Dar, K.** Alcohol use disorders in elderly people: Fact or fiction? Advances in Psychiatric Treatment 2006;12:173-181.

9. Folkehelse rapporten 2014 - Nasjonalt folkehelseinstitutt - helse hos eldre i Norge.

Tilgjengelig www.ifh.no/folkehelse rapporten. (Nedlastet 14.04.2015)

10. Grant, B.F. og Harford, T.C. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence* 1995; 39: 197-206.

11. Roehrs, T. og Roth, T. Sleep, sleepiness, sleep disorders and alcohol use and abuse. *Sleep Medicine Reviews* 2001; 5: 287-297.

12. Skjøtskift, S. Alkohol som en medvirkende faktor i noen vanlige kliniske situasjoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 2:123:185.

13. Babor, F.T., Ritson, E.B, og Hodgson, R.J. Alcohol-Related problems in the primary care setting: a review of early intervention strategies. *British Journal of addiction* 1986; 81:23-46.

14. Sletvold, O. Engedal, K. Tilvis, R. Jonsson, A. Schroll, M. Schultz-Larsen, K. Snædal, J. og Gustafson, Y. Geriatrik udtredning i Norden. Nordiske retningslinjer for geriatrik udtredning. Dansk Selskab for Geriatri, København. 1997.

16. Lunde, L-H. Rusproblemer hos eldre. *Tidsskr.Nor Legeforen* 2013;3:133

17. Nortvedt, M.W. Jamtvedt, G. Graverholt, B. Nordheim, L.V og Reinart, L.M. Jobb kunnskapsbasert. Akribes, Oslo. 2012.

18. Forskningsetiske retningslinjer – Etikkom. Tilgjengelig fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer>. (Nedlastet 23.03.2015)

- 19. Conigliaro J, Kraemer K og McNeil M.** Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. JGP 2000;13:106 -114.
- 20. Wyller,T.B.** Geriatri. En medisinsk lærebok. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo. 2011.
- 21. Luttrell, S. Watkin, V. Livingston, G. Walker, Z. D'Ath, P. Patel, P. Shergill, S. Dain, A. Bielawska, C. Katona, C.** Screening for alcohol misuse in older people. Int J Geriatr Psychiatry 1997;12 :1151-1154.
- 22. Morton J.L, Jones T.V, Manganaro M.A.** Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. Am J Med 1996; 101:153-159
- 23. Joseph, C.L. Ganzini. L. Atkinson, R.M.** Screening for alcohol use disorders in the nursing home. J Am Geriatr Soc 1995; 43:368-373.
- 24. Moore AA, Seeman T, Morgenstern H, Beck JC, Reuben DB.** Are there differences between older persons who screen positive on a CAGE questionnaire and the Short Michigan Alcoholism screening Test- Geriatric Version? J Am Geriatr Soc 2002; 50; 858-862.
- 25. Blow, F. C. & Barry, K.L.** Use and misuse of alcohol among older women. Alcohol Research & Health 2002; 26:308-315.
- 26. Tuntland, H.** Sykdommer hos eldre. N.W. Damm & Søn, København. 2006.

Tabell 1: Oppsummering av trinnene i oversettelsesprosessen, basert på retningslinjene anbefalt av Verdens Helseorganisasjon

	Beskrivelse av prosessen	Utførelse	Med tanke på
Steg 1	Oversettelse fra engelsk til norsk. Dersom ingen andre norske versjoner eksisterer, bør to oversettere gjøre dette arbeidet uavhengig av hverandre, slik at det danner grunnlaget for arbeid i steg 2	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliotek tjenesten ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), kan så vidt de vet bekrefte at Mast-G eller kortversjonen av mast-G ikke finnes i norsk versjon 27.02.15. - Godkjennelse av forfatteren av Mast-G, Frederic C. Blow kontaktes via mail og telefon, uten hell. Da skjemaet ligger tilgjengelig på nett, blir dette i samråd med veileder ansett som en godkjennelse. - To oversettere (sykepleiere) med norsk som morsmål, og som er flytende i engelsk, oversetter Mast-G uavhengig av hverandre (vedlegg 1). 	Ekvivalens mellom versjonene. Det oppfordres til dette fordi oversettelsesarbeidet involverer en stor grad av subjektiv skjønnsvurdering fra oversetternes side, og en slik fremgangsmåte hjelper ekspertgruppen å drøfte nyanser ved ulike oversettelser.
Steg 2	Identifisere og løse eventuelle misforhold mellom eksisterende norske oversettelser av den engelske versjonen.	Assisterende fag- og forskningssjef ved Nasjonalkompetansesenter for aldring og helse bidrar til å løse eventuelle misforhold. Ingen nevneverdige misforhold blir nevnt (vedlegg 1).	Løse eventuelle misforhold mellom den norske og den engelske versjonen.
Steg 3	Tilbake oversettelse fra norsk til engelsk	Rådgiver ved Universitetet i Oslo bidrar med tilbake oversettelse fra norsk til engelsk (vedlegg 2).	Ekvivalens mellom versjonene (samme som steg 1).
Steg 4	Diskuterer uoverensstemmelser mellom den opprinnelige engelske versjonen og den tilbake oversatte versjonen, og reviderer i forhold til dette.	Ingen uoverensstemmelser mellom den opprinnelige versjonen og den tilbake oversatte versjonen (vedlegg 3).	Løse eventuelle misforhold mellom den norske og den engelske versjonen, ferdigstille den norske oversettelsen.
Steg 5	Teste den norske oversettelsen på målpopulasjonen for å identifisere eventuelle problemer	Ikke utført. Arbeid gjenstår.	Identifisere ord som er vanskelig å forstå, støtende termer, upresise formuleringer osv.

Kilde: World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments.

Tabell 2: Oversikt over symptomer skadelig bruk av alkohol.

- Koronarhjertesykdom
 - Høyt blodtrykk
 - Slag
 - Fall /alkoholrelaterte skader
 - Depresjon
 - Søvnproblemer
 - Økende toleranse for alkohol
 - Hopper over måltid/spiser lite når man drikker
 - Bekymringer fra andre om alkoholforbruk
 - Hukommelsesproblemer/kognitiv svikt
 - Bruk av alkohol for å redusere stress, angst eller uro
 - Følelse av skyld og skam
 - Ensomhet
 - Gjentatte forsøk på å redusere drikkingen, uten å lykkes
-

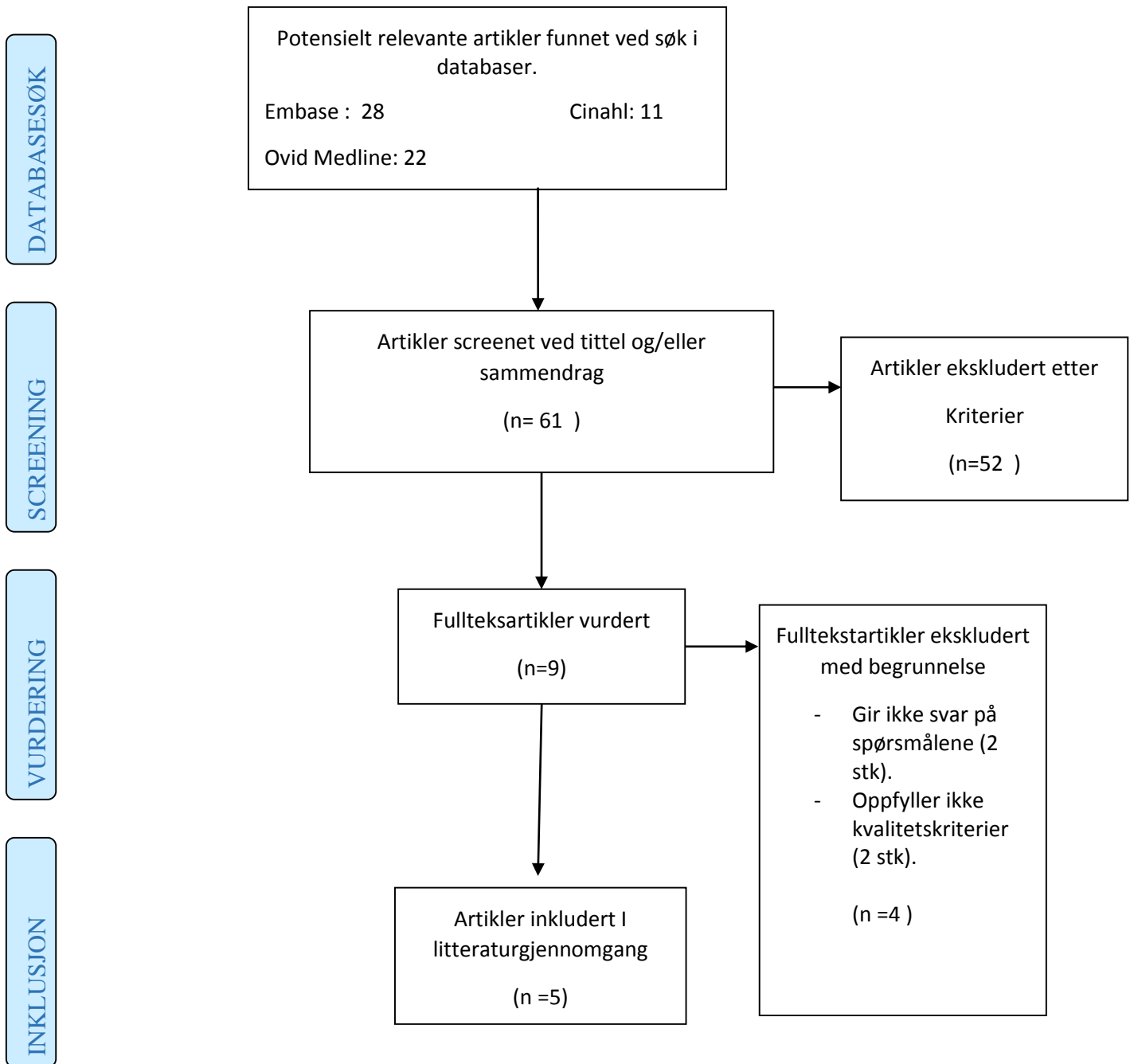
Tabell 3: Kortversjonen av mast-G (oversatt til norsk), med tilhørende symptom som kan identifisere skadelig bruk av alkohol.

SPØRSMÅL:	SYMPTOM:	IDENTIFISERER:
1. I samtale med andre, hender det at du undervurderer ditt faktiske alkoholforbruk?	Følelse av skyld/skam	+
2. Etter noen drinker, har du noen ganger ikke spist eller droppet et måltid fordi du ikke var sulten?	Endret ernæringsstatus	+
3. Avtar skjelvingen din etter noen drinker?	Abstinens	-
4. Hender det at alkohol gjør det vanskelig for deg å huske deler av dagen eller kvelden?	Kognitiv svekkelse/ hukommelsesproblemer	+
5. Pleier du å ta en drink for å slappe av eller roe nervene?	Angst/Uro/søvnproblemer	+
6. Drikker du for å få tankene vekk fra problemene dine?	Initiativløs/manglende evne til å finne løsninger/nedstemthet/depresjon	+
7. Har du noen gang drukket mer etter å ha opplevd et tap i livet ditt?	Sorg/tap	+
8. Har en lege eller sykepleier noen gang sagt at de var bekymret for drikkingen din?	Bekymring fra andre	+
9. Har du noen gang laget regler for å ha kontroll på drikkingen din?	Gjentatte forsøk på å kutte ned på drikkingen, uten å lykkes.	+
10. Når du føler deg ensom, hjelper det å ta en drink?	Ensomhet	+

Tabell 4: Karakteristika ved de inkluderte studiene

<i>Nr.</i>	<i>Førsteforfatter/ publiserings år Land</i>	<i>Problemstilling</i>	<i>Antall Utvalg Arena Skjema</i>	<i>Cut-off</i>	<i>Sensitivitet</i>	<i>Spesifisitet</i>
1	Morton et al, 1996 USA	Validere tre kartleggingsverktøy som kan identifisere alkoholisme hos eldre menn	120 Menn Sykehus Mast-G	>5 >3 >1	70.0% 86.0% 100%	81.0% 61.0% 27.0%
2	Luttrell et al, 1997 England	Vurdere om CAGE, MAST-G eller unormal høy MCV er effektive screening instrumenter i England for alkoholisbruk, og å tenke ut et nytt instrument.	162 Kvinner/menn Sykehus Mast-G	>5	54.0%	90.0%
3	Joseph et al, 1995 USA	Vurdere sensitiviteten, sammenlignet med DSM-III-R kriterier, av tre screening tester for alkohol lidelser i sykehjem: CAGE, MAST-G, og spørsmålene utviklet av Cyr og Wartman.	117 Kvinner/menn Sykehjem Mast-G	>5 >3	93.0% 98.0%	65.0% 50.0%
4	Kano, My. et al 2013 Brasil	Evaluerer den interne konsistens av mast-G, oversatt og tilrettelagt for befolkningen i Brasil	111 Kvinner/menn Utenfor sykehus Mast-G	>5	91.4%	83.9%
5	Moore et al, 2002 USA	Vurdere forskjellen mellom cage og kortversjonen av mast-G ved identifisering av alkohol lidelser hos eldre mennesker.	166 Kvinner/menn Utenfor sykehus Kortversjonen av mast-G	>5	52.0%	96.0%

Figur 1: Flytdiagram studieseleksjon



Vedlegg 1

Short Michigan alcoholism Screening Test- Geriatric Version	Norsk oversettelse nr. 1	Norsk oversettelse nr. 2	Norsk oversettelse nr. 3 Justert.
1. <i>When talking with others, do you ever underestimate how much you actually drink?</i>	1. Når du snakker med andre, har det skjedd at du sier at du drikker mindre enn du egentlig gjør?	1. Når De konverserer med andre, har de noen gang undervurdert Deres virkelige (faktiske) alkoholforbruk?	1. I samtale med andre, hender det at du undervurderer ditt faktiske alkoholforbruk?
2. <i>After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry?</i>	2. Etter et par drinker, har du noen ganger utelatt mat eller hoppet over et måltid fordi du ikke følte deg sulten?	2. Etter noen drinker, har de opplevd å ikke ha spist eller å ha droppet et måltid fordi De ikke er sulten?	2. Etter noen drinker, har du noen ganger ikke spist eller droppet et måltid fordi du ikke var sulten?
3. <i>Does having a few drinks help decrease your shakiness or tremors?</i>	3. Blir skjelvingen eller ristingen din redusert etter et par drinker?	3. Hjelper noen drinker med å redusere skjelvingen Deres?	3. Avtar din skjelving etter noen drinker?
4. <i>Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night?</i>	4. Har alkohol noen ganger gjort det vanskelig for deg å huske deler av dagen eller kvelden?	4. Gjør alkoholen det noen ganger vanskelig for Dem å gjenkalle (huske) deler av dagen eller natten?	4. Hender det at alkohol gjør det vanskelig å huske deler av dagen eller kvelden for deg?
5. <i>Do you usually take a drink to relax or calm your nerves?</i>	5. Pleier du å ta en drink for å slappe av eller roe nervene?	5. Tar De vanligvis en drink for å slappe av eller å roe nervene Deres?	5. Pleier du å ta en drink for å slappe av eller roe nervene?
6. <i>Do you drink to take your mind off your problems?</i>	6. Drikker du for å få tankene vekk fra problemene dine?	6. Drikker De for å glemme problemene Deres?	6. Drikker du for å få tankene vekk fra problemene dine?
7. <i>Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life?</i>	7. Har du noen gang drukket mer etter å ha opplevd et tap i livet ditt?	7. Har De noen gang drukket mere etter et tap (av noe/noen) i livet Deres?	7. Har du noen gang drukket mer etter å ha opplevd et tap i livet ditt?
8. <i>Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking?</i>	8. Har en lege eller sykepleier noen gang sagt at de var bekymret for drikkingen din?	8. Har en doktor eller sykepleier noen gang fortalt Dem at de var bekymret angående Deres alkoholforbruk?	8. Har en lege eller sykepleier noen gang sagt at de var bekymret for drikkingen din?
9. <i>Have you ever made rules to manage your drinking?</i>	9. Har du noen gang laget regler for å ha kontroll på drikkingen din?	9. Har De noen gang satt regler (mal) for å takle Deres eget alkoholforbruk?	9. Har du noen gang laget regler for å ha kontroll på drikkingen din?
10. <i>When you feel lonely does having a drink help?</i>	10. Når du føler deg ensom, hjelper det å ta en drink?	10. Hjelper det med en drink når de kjenner dem ensom? (Når de kjenner Dem ensom, hjelper det med en drink?)	10. Når du føler deg ensom, hjelper det å ta en drink?

Vedlegg 2

Norsk oversettelse versjon 3	Tilbakeoversettelse til engelsk
1. I samtale med andre, hender det at du undervurderer ditt faktiske alkoholforbruk?	11. <i>When in conversation with others, do you sometimes underestimate your actual alcohol consumption?</i>
2. Etter noen drinker, har du noen ganger ikke spist eller droppet et måltid fordi du ikke var sulten?	12. <i>After a few drinks, have you sometimes not eaten or skipped a meal because you were not hungry?</i>
3. Avtar din skjelving etter noen drinker?	13. <i>Do your shivers ease off after a few drinks?</i>
4. Hender det at alkohol gjør det vanskelig å huske deler av dagen eller kvelden for deg?	14. <i>Does alcohol sometimes make it difficult for you to remember parts of the day or the evening?</i>
5. Pleier du å ta en drink for å slappe av eller roe nervene?	15. <i>Do you usually have a drink to relax or calm your nerves?</i>
6. Drikker du for å få tankene vekk fra problemene dine?	16. <i>Do you drink to take your mind away from your problems?</i>
7. Har du noen gang drukket mer etter å ha opplevd et tap i livet ditt?	17. <i>Have you ever drunk more after experiencing a loss in your life?</i>
8. Har en lege eller sykepleier noen gang sagt at de var bekymret for drikkingen din?	18. <i>Has a doctor or nurse ever said that they were worried about your drinking?</i>
9. Har du noen gang laget regler for å ha kontroll på drikkingen din?	19. <i>Have you ever made rules to control your drinking?</i>
10. Når du føler deg ensom, hjelper det å ta en drink?	20. <i>When you feel lonely, does it help to have a drink?</i>

Vedlegg 3

Kortversjonen av Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version: **Norsk versjon**

JA (1) NEI (0)

1. I samtale med andre, hender det at du undervurderer ditt faktiske alkoholforbruk?
2. Etter noen drinker, har du noen ganger ikke spist eller droppet et måltid fordi du ikke var sulten?
3. Avtar skjelvingen din etter noen drinker?
4. Hender det at alkohol gjør det vanskelig for deg å huske deler av dagen eller kvelden?
5. Pleier du å ta en drink for å slappe av eller roe nervene?
6. Drikker du for å få tankene vekk fra problemene dine?
7. Har du noen gang drukket mer etter å ha opplevd et tap i livet ditt?
8. Har en lege eller sykepleier noen gang sagt at de var bekymret for drikkingen din?
9. Har du noen gang laget regler for å ha kontroll på drikkingen din?
10. Når du føler deg ensom, hjelper det å ta en drink?

TOTAL SKÅR (0-10) _____

Skåring: 2 eller mer «JA» –svar indikerer på skadelig bruk av alkohol.

Vedlegg 4

Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer fom 14.03.2014 på internett i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet. For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

STOBE (ulike kvantitative studier)

COREQ (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

CONSORT (randomiserte studier)

COSMIN (utvikling av måleinstrumenter)

TREND (ikke-randomiserte forsøk)

PRISMA (SF) og Reinart og Jamtvedt 2010 (kunnskapsoppsummeringer)

QUADAS 2 (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom).

Forfatterens(forfatterne) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

2. Sammendrag

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

Det engelske sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstreves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

Resultater. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av CONSORT-gruppen

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved insendigen lenker manuskripthåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. de Witt L, Ploeg J. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs 2006;55:215–29.
2. Fraser DM, Cooper MA. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. Dahl K, Heggdal K, Standal S. Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. Foucault M. Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).
5. Sosialdepartementet. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. Karterud D. Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følg brev til redaktør

Følg brevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på minst to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaktinformasjon).

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere.

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for Erklæring om interessekonflikter finnes på www.sykepleien.no

